

1 - Registro ANS <b>005711</b>	3 - Número da Guia Principal	6 - Data de Validade da Série	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
4 - Data da Autorização	5 - Série		
Dados do Beneficiário			
8 - Número da Carteira	9 - Validade da Carteira	10 - Nome do Beneficiário <i>Elvinda dos Santos Maia</i>	11 - Cartão Nacional de Saúde
Dados do Solicitante			
13 - Código na Operadora	14 - Nome do Contratado <i>Hospital de Amor</i>	16 - Conselho Profissional	17 - Número do Cognoso
Dados da Solicitação / Procedimentos e Exames Solicitados			
21 - Caráter do Atendimento	22 - Data da Solicitação	23 - Indicação Guia <i>Exame de sangue de paciente</i>	24 - Descricao Guia <i>Exame de sangue de paciente</i>
24 - Tabela	25 - Código do Procedimento	26 - Descrição Guia	27 - Onde. Solic.
1 -			
2 -			
3 -			
4 -			
5 -			
Dados do Consultado Executante			
29 - Código na Operadora	30 - Nome do Consultado	31 - Código CNES	
Dados do Atendimento			
32 - Tipo de Atendimento	33 - Indicação de Acidente (acidente ou doença relacionada)	34 - Tipo de Consulta	35 - Motivo de Encerramento do Atendimento
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados			
36 - Data	37 - Hora Inicial	38 - Hora Final	39 - Tabela 40 - Código do Procedimento
1 -			41 - Descrição
2 -			42 - Orde.
3 -			43-VIA
4 -			44-Téc.
5 -			45-Fator Red./Acresc.
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)			
46-Soc Ref.	47-Grau Part.	48-Código na Operadora/CPF	49-Nome do Professional
50-Conselho Profissional	51-Número no Conselho	52-Código CBO	53-Número no Conselho
54-UF	55-Código CBO		
56-Data de Realização de Procedimentos em Série			
57-Assinatura do Beneficiário ou Responsável	58 - Observação / Justificativa	59 - Total de Procedimentos (R\$)	60 - Total de Taxes e Alugues (R\$)
61 - Total de Materiais (R\$)	62 - Total de OPME (R\$)	63 - Total de Medicamentos (R\$)	64 - Total de Gases Medicinais (R\$)
65 - Total Geral	66 - Assinatura do Responsável	67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	68 - Assinatura do Contratado